

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ОСЛОЖНИЛАСЬ ГЕСТОЗОМ**

*Лысенко О.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В современных условиях сложно изыскивать новые возможности медикаментозной терапии такого грозного осложнения беременности, как гестоз. Поэтому актуален поиск новых немедикаментозных подходов к решению этой проблемы, особенно в вопросах психопрофилактической помощи женщинам на этом периоде жизни и коррекции плана ведения беременности. При разработке новых подходов к ведению беременности мы учитывали различные свойства и характеристики личности (волевые, интеллектуальные, эмоциональные и др.), которые позволяют глубже познать психосоматическую природу заболевания.

Мы провели комплексное тестирование при помощи различных психологических методик 80-ти женщин с неосложненным течением

беременности (контрольная группа) и 80-ти женщин, беременность которых осложнилась гестозом (основная группа).

Нами изучен психосоматический индекс (ПСИ) у беременных обеих групп. Количественный показатель ПСИ отражает оценку отрицательных переживаний обследуемой и позволяет оценить, в какой именно области переживаний имеются наиболее травмирующие переживания. У беременных контрольной группы отмечено снижение индекса по разделу "отношение к ребенку", что созвучно с данными литературы. Зависимости между возрастом беременной женщины и ПСИ мы не установили. Значение ПСИ в контрольной группе составило  $19,1 \pm 3,3$  балла. В основной группе значение ПСИ составило  $19,8 \pm 4,6$  балла ( $p > 0,05$ ). У беременных женщин, страдающих гестозом, общее значение ПСИ возросло за счет второго (соматическое здоровье) и четвертого (отношение к ребенку) разделов, что созвучно с полученными нами данными при исследовании и детальном изучении типов ПКГД.

Проводя тестирование по методике САН, мы установили, что при неосложненном течении беременности отмечается хорошее настроение, умеренно выраженная активация и умеренно выраженное напряжение. В основной группе (беременные с гестозом) отмечается нормальный уровень настроения, но высокий уровень напряжения в сочетании с умеренно выраженной активацией.

Применение методики Спилберга-Ханина в обеих группах показало более высокую степень тревожности у женщин основной группы ( $49,1 \pm 0,6$  баллов,  $p < 0,05$ ) в сравнениями с женщинами контрольной группы ( $32,3 \pm 0,4$  балла,  $p < 0,05$ ).

При определении уровня нервно-психического напряжения установлено, что в контрольной группе преобладают женщины со слабой степенью НПН ( $34 \pm 0,5$  балла,  $p < 0,05$ ). В то время как в основной группе уровень НПН был повышен (средняя степень НПН) и в среднем составил (рис.3.24)  $55 \pm 0,2$  баллов ( $p < 0,05$ ).

Степень выраженности астенического состояния у беременных обеих групп была примерно одинаковой и составила в контрольной и основной группах  $32 \pm 0,3$  и  $31 \pm 0,2$  ( $p > 0,05$ ) соответственно. Эти цифры свидетельствуют об отсутствии астении (рис. 3.25).

При помощи теста "Самооценка психических состояний" нами оценивались наличие и выраженность у беременных следующих состояний: тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности. Учи-

тивалось, что каждое из состояний бывает трех (низкая, средняя, очень выраженная) степеней выраженности.

Установлено, что 47,5% женщин контрольной группы имели низкий уровень тревожности (2 – 7 баллов,  $4,5 \pm 0,4$  балла в среднем), не имели высокой самооценки и были устойчивы к неудачам (фрустрация от 4 до 7 баллов,  $4,7 \pm 0,1$  балла в среднем); были устойчивы, выдержанны (агрессивность от 2 до 7 баллов,  $4,4 \pm 1,1$  балла в среднем) и легко переключаемы (ригидность от 2 до 6 баллов,  $3,2 \pm 0,4$  балла в среднем). В 32,5% случаев женщины этой группы имели средние показатели перечисленных состояний. Только у 20% женщин этой группы часть показателей была высокой степени выраженности.

У беременных, страдающих гестозом, отмечено нарастание степени тревожности (у 67,5% – средняя степень выраженности, 22,5% – высокая степень выраженности), и только 10% женщин были не тревожны. Пациентки отмечали страх за свою жизнь в 31,2% случаев (при гестозе средней степени тяжести и гестозе тяжелой степени), здоровье будущего ребенка (26,3%), исход родов для себя, новорожденного (33,6%) и за последствия для здоровья в результате перенесенной патологии (в 16,8% случаев).

Структура показателей фрустрации изменилась в сторону увеличения числа женщин, имеющих ее средний уровень (50%). Средние уровни агрессивности и ригидности имели 61,25% и 48,75% женщин основной группы соответственно.

Более глубоко изучить тревожность, ригидность и экстравертность позволяет тест "Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности", который более трудоемок при обработке результатов, но позволяет произвести более четкую балльную градацию этих состояний.

Низкий уровень тревожности наблюдается в 3 раза чаще в контрольной группе, чем в основной. В то же время в основной группе в 1,3 раза больше женщин со средним и в 1,4 раза с высоким уровнем тревожности по сравнению с контрольной группой. Эти данные сходны с таковыми при тестировании по методике "Самооценка психических состояний".

В обеих группах преобладают женщины со средним уровнем экстравертности, но в основной группе таких беременных в 1,1 раза больше. В обеих группах примерно одинаковое количество женщин с

высоким уровнем экстравертности. А женщин с низким уровнем экстравертности в контрольной группе в 1,3 раза больше, чем в основной.

При исследовании ригидности установлено, что в основной группе преобладают женщины со средним уровнем этого состояния (56,25%), а в контрольной – с низким уровнем (45%), что подтверждают данные теста "Самооценка психических состояний".

Для уточнения выраженности фрустрации применялся тест "Склонны ли Вы к фрустрации". Степень выраженности агрессивности в нашем понимании мог бы дополнить тест: "Склонны ли Вы к аффективным состояниям". Метод исследования уровня субъективного контроля психической стабильности (УСК) помог нам разделить обследуемых на две большие группы: интерналов и экстерналов, что также подтверждают тесты EPQ и EPI, но дают дополнительную возможность оценить эмоциональную устойчивость беременных женщин.

Анализируя данные, полученные при использовании этой группы тестов, мы установили, что при определении "Склонности к фрустрации" у беременных контрольной группы устойчивая тенденция к фрустрации выявлена в 30 (37,5%) случаях (по Айзенку – 32,5%). У 4 (5%) женщин контрольной группы фрустрация стала неотъемлемой чертой характера. Не склонны к фрустрации 46 (57,5%) беременных контрольной группы. Это может быть связано со смысловым содержанием предлагаемых вопросов (приложение 7 – вопросы 4, 8, 12, 5), так как современные социальные условия жизни, особенно для государственных служащих (педагоги, медработники, сфера искусства, обслуживания) и не работающих, резко ухудшились. У женщин основной группы фрустрация стала неотъемлемой чертой характера в 10 (12,5%) случаях. Устойчивая тенденция к фрустрации диагностирована у 44 (55%) женщин основной группы, 26 (32,5%) женщин этой группы не склонны к фрустрации.

Отвечая на вопросы теста: "Склонны ли Вы к аффективным состояниям", здоровые беременные женщины в 41 случае (51,25%) отнесли себя к группе, которой не свойственны дисфункциональные аффективные состояния. У 34 (42,5%) женщин контрольной группы аффективность достигла уровня тенденции. И только у 5 (6,25%) женщин контрольной аффективность стала неотъемлемой чертой характера.

В то время как у беременных с гестозом 43 (53,75%) женщинам не свойственны дисфункциональные аффективные состояния, у 33

(41,25%) человек аффективность достигла уровня тенденции, а в 4 (5%) случаях аффективность стала неотъемлемой чертой характера.

Нами был изучен уровень самооценки у женщин основной и контрольной групп. По "Шкале самооценки" большая часть пациенток обеих групп отнесла себя к лицам, имеющим средний уровень самооценки, не имеющим "комплекса неполноценности" и лишь время от времени старающихся подстроиться под мнение других (67,5% основной группы и 62,5% контрольной группы). В 27,5% случаев женщины основной группы и в 33,75% случаев женщины контрольной группы высоко оценивают свои возможности и неотягощены "комплексом неполноценности". Только 5% беременных основной и 3,75% контрольной групп имеют низкий уровень самооценки, часто страдают от "комплекса неполноценности".

Используя шкалу "Сила Я" ММРІ, мы определяли степень личностной зрелости, реалистичности, рациональности суждений и поступков, объективности оценок. Исследуя данные тестирования по этой методике, мы установили, что  $94 \pm 3,4\%$  женщин в обеих группах имеют средние показатели оценки.

Обобщая полученные данные, можно сделать следующие выводы:

- Для прогнозирования течения беременности и родов необходимо комплексное клинико-психологическое обследование беременных женщин (использование пакета психологических методик).

- У женщин, беременность которых осложнилась гестозом, отмечается более высокий психосоматический индекс, чем у женщин с неосложненным течением беременности. Увеличение ПСИ отмечается по второму (соматическое здоровье) и четвертому (отношение к ребенку) разделам.

- При беременности, осложненной гестозом, отмечается возрастание балльного показателя нервно-психического напряжения (средняя степень нервно-психического напряжения) в сравнении с контрольной группой женщин.

- У беременных с гестозом в сравнении с контрольной группой женщин повышается тревожность, исследуемая при помощи различных психологических методик ("Самооценка психических состояний", Спилберга-Ханина, "Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности").

Литература:

- 1 Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство.– СПб.: СОТИС, 2001.– 320 с.
- 2 Абрамченко В.В., Каплун И.Б., Толкалов А.В. Особенности психосоматического статуса у беременных при гестозе // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. мат. конф. по перинатальной психологии. – СПб., 2000.– С.27.
- 3 Каплун И.Б., Абрамченко В.В. Особенности психосоматического статуса беременных женщин // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. мат. конф. по перинатальной психологии. – СПб., 2000.– С. 16.
- 4 Коваленко-Маджуга Н.П. Перинатальная психология: Издание второе, дополненное.– СПб., 2001.– 214 с.
- 5 Эдеймиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов.– СПб.: Речь, 2003 – С.104–140.